

## GERIATRÍA

# SÍNDROME DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

Laura María Álvarez Rodríguez\*

## SUMMARY

**Falls are an important cause of disability and mortality among elderly subjects; this is why is very important to know and to describe the risk factors, the prevalence and features of this condition that affects this special people.**

## INTRODUCCIÓN

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su alta incidencia y por la elevada morbimortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite una

persona al suelo en contra de su voluntad. Esta definición abarca escenarios clínicos heterogéneos, que van desde una caída accidental mientras se practica un deporte, hasta una causa cardíaca o un evento vascular. Las caídas ocurren a cualquier edad, siendo los niños y los adultos mayores los grupos con más incidencia. Sin embargo, las secuelas son muy distintas en ambos, siendo la mortalidad y la discapacidad altas en las personas mayores. Se calcula que un 7% de las visitas a emergencias que realizan los adultos mayores son debidas a una caída y de estas el 40%

terminan en una hospitalización. Antes de los 75 años es más frecuente la caída en mujeres, quienes además tienen el doble de probabilidad de una secuela seria asociada, a pesar de que la tasa de mortalidad es superior en los hombres posiblemente debido a mecanismos de caída distintos. Otro dato importante es que se estima que las personas que son dependientes en sus actividades de la vida diaria, son 78% más propensas a caerse que una que no posee esas dificultades. En nuestro país, existe una prevalencia de caídas de 35.6% en adultos mayores de 60 años (según

\* Médico general de consulta externa del Hospital de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.

Correo: lalis\_alvarez83@yahoo.com

el proyecto "Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento" Saludable CRELES). Por otra parte, existe relación entre las caídas, la ansiedad y la depresión, considerándose así el síndrome postcaída, definido como ansiedad relacionada con la bipedestación, y es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

## FACTORES DE RIESGO

### a) Factores intrínsecos

(propios del paciente y que serán determinados por los cambios fisiológicos referentes a la edad):

#### • *Causas neurológicas:*

Trastornos laberínticos: isquémicos, infecciosos, traumáticos.

Accidente vascular cerebral  
Enfermedad de Parkinson

Demencia

Alteraciones musculares relacionadas con afectación de la transmisión nerviosa  
Mielopatías

Insuficiencia vertebrobasilar  
Alteraciones cerebelosas

Alteraciones cognitivas, cuadros confusionales

Convulsiones

#### • *Causas cardiovasculares:*

Hipersensibilidad del seno carotídeo

Infarto de miocardio

Miocardopatía obstructiva

Arritmias cardíacas

Embolia pulmonar

Hipotensión arterial

Ortostatismo

Valvulopatías

#### • *Causas musculoesqueléticas*

Deformidades de la columna vertebral

Artrosis

Artritis

Miositis

Fracturas

Debilidad muscular

#### • *Otras causas:*

Intoxicaciones

Hipoglucemia

Endocrinas (tiroides)

Psicógenas

Síncopes neurovegetativos

Anemia

Infecciones

Deshidratación

Diarrea

Incontinencia urinaria

Depresión

Ansiedad

#### • *Fármacos:*

La polifarmacia necesaria para muchos ancianos puede provocar accidentes debido a los efectos secundarios, al mal cumplimiento de la dosis, a la confusión de los diferentes fármacos y la automedicación que pueden provocar somnolencia, pérdida de reflejos, agitación, alteraciones visuales, entre otros.

Dentro de los fármacos tenemos: hipotensores, betabloqueantes, calcioantagonistas,

diuréticos, IECAS, hipoglucemiantes, hipnóticos, antidepresivos, neurolepticos, alcohol, antiparkinsonianos, otros.

### b) Factores extrínsecos:

Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico, o bien de elementos de uso personal, y contribuyen hasta en el 50% de las caídas.

#### • *Barreras arquitectónicas en el hogar:*

Mobiliario inadecuado y quebradizo

Ducha o bañera resbaladiza sin barras

Escaleras sin barandillas y con escalones desgastados o grandes

Estantes elevados

Iluminación deficiente

Presencia en el suelo de cables u otros obstáculos que induzcan a la caída

Animales domésticos

Suelos resbaladizos e irregulares

Camas altas

Lavabos y retretes muy bajos

#### • *Costumbres peligrosas*

Caminar descalzo

Usar pastillas de jabón

Subirse en sillas, taburetes o escaleras

Giros y movimientos bruscos del cuello o del cuerpo

Cambios bruscos de postura

Esfuerzos físicos excesivos para su edad  
 N abuso de alcohol  
 Dieta incorrecta  
 Uso de calzado inadecuado

## CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE CAÍDAS

Se pueden clasificar como inmediatas y tardías. Las primeras incluyen:

- Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas. También se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.
- La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

Las consecuencias tardías comprenden:

- Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.
- Síndrome poscaída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en si

mismo, por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulación, ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- Conocer qué enfermedades y qué medicamentos pueden provocar caídas
- Revisar la visión y prestar atención al cuidado de los pies
- Revisar el tipo de calzado y evitar ropas largas
- Reanudar actividades de la vida diaria tan pronto como sea posible después de la caída
- Si se produce una caída, aunque no haya daños, se debe informar al médico, ya que dicha caída puede ser secundaria a una enfermedad de base.

## TRATAMIENTO

El principal objetivo del tratamiento es mejorar las enfermedades subyacentes y manejar las consecuencias agudas que derivan de la caída; sin embargo, lo más importante es prevenir las caídas sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria. Como parte de la evaluación clínica se plantea realizar un

historial médico en busca de patologías o complicaciones producidas por estas y así poder prevenir caídas. Es importante preguntar que estaba haciendo al persona antes de caerse, si había alguna síntoma específico (mareos, precordialgia) o pérdida de conciencia relacionada con la caída. Dentro de la evaluación física es necesario un análisis completo del equilibrio estático de la postura, del paso y la marcha y de cómo se levanta y se sienta en una silla, también la toma de la presión arterial sentada y acostada, así como el pulso, la fuerza muscular, el rango de movilidad del cuello, la estabilidad de las rodillas deformidades de los pies y examen neurológico completo. También es necesario realizar análisis de laboratorio, incluir niveles séricos de drogas en quienes toman anticonvulsivantes, antidepresivos y antiarrítmicos. El resto de pruebas complementarias se harán según sospecha clínica. La evaluación funcional permite conocer la independencia de la persona. Para ello se usa el índice de Barthel de actividades de vida diaria o el índice de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria. La evaluación mental permite detectar déficits cognitivos y afectivos, en la esfera cognitiva el test mini-examen de Folstein y en la esfera afectiva el test de Yesavage para detectar

depresión en pacientes ancianos. Es importante preguntar acerca del temor a caerse, depresión o ansiedad por caída(s) previa(s). Dentro de la evaluación social, se detecta el medio ambiente y social donde se desenvuelve el paciente.

## CONCLUSIONES

- Las caídas no siempre son eventos accidentales, pueden ser la manifestación de una enfermedad subyacente.
- La caída suele conducir a la dependencia por temor de nuevas caídas.
- Además de las consecuencias físicas, las caídas tiene importantes repercusiones psicológicas, económicas y sociales.

## RESUMEN

Las caídas son una causa importante de discapacidad

y mortalidad en los adultos mayores, por lo que es importante conocer y describir los factores de riesgo, la prevalencia y los rasgos de esta condición que afecta a tan especial población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cadijame Guillermo; Montes María de la Luz, Mazadiego María Elena. Asociación del síndrome de temor a caerse, actividades y participación en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina física y Rehabilitación*. 2013; 25(2): 43-48.
2. Carro García T; Alfaro Hacha A. Caídas en el anciano. *Revisión SEMG*. 2005, 582-589.
3. Fraile María Alonso; Narváez Javier; López G. Prevención de caídas en la población geriátrica. 2012, 6ta edición, España.
4. Francesc F. Las caídas: un síndrome geriátrico por excelencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009; 44 (6), 299-300.
5. Gac H; Marín P; Castro S. Caídas en adultos mayores institucionalizados. *Revista Médica de Chile*. 2003; 131:887-894.
6. Gaudoy-Crego M; Lopez-Sande A; Varela González N. Manejo de Síndrome postcaída en el anciano. *Vol 12, Num 1, 2001*. 113-119, España.
7. Gaier A. Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia profesional*. Vol 19, Num 6, 2005.
8. Galvan P; Moreno Castillo Y. El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Archivos en medicina familiar*. Vol 12, Num 1, 2010.
9. Gonzalez G; Marin P; Pereira G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista medica de Chile*. Vol 129, Num 9, 2001.
10. Pérez Jara J; Enguix-Armada A; Fernandez Quintas J. Estudios de la evolución del síndrome del temor a caerse entre pacientes mayores con mareos, caídas y síncope. *Rev Española de Geriatria y Gerontología*. 2005, 40 (12): 3-10.
11. Ramirez Ulate X; Coto Yglesias F. Caídas en la persona adulta mayor. *Tratado de Geriatria y gerontología*. 2015, 404-414. Costa Rica.